



**University of
Zurich**^{UZH}

**Zurich Open Repository and
Archive**

University of Zurich
University Library
Strickhofstrasse 39
CH-8057 Zurich
www.zora.uzh.ch

Year: 2018

Was bringt das neue Jahr für die Hausarztmedizin?

Battegay, Edouard

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-148754>

Journal Article

Published Version

Originally published at:

Battegay, Edouard (2018). Was bringt das neue Jahr für die Hausarztmedizin? *Ars Medici*:11-12.

Experten geben Einblick in ihre Fachrichtungen

Was bringt das neue Jahr für die Hausarztmedizin?

Grosse Studien, Neuzulassungen, Tarifdiskussionen – auch 2017 war Bewegung in der Medizin. Um zu erfahren, was davon für die hausärztliche Praxis relevant ist, haben wir uns unter Experten verschiedener Fachrichtungen umgehört: Was erschien ihnen besonders wichtig, und was erwartet uns im neuen Jahr? Die Sorge, nicht mehr genug Zeit für die adäquate Betreuung zu haben beziehungsweise nicht alle Patienten gleichermassen gut versorgen zu können, hörten wir wiederholt. Aber auch das deutliche Statement, dass Hausärzte eine zentrale Position in der guten Betreuung der Patienten einnehmen.



Allgemeine Innere Medizin

Prof. Dr. med. Edouard Battegay
Direktor Klinik und Poliklinik für Innere Medizin
Universitätsspital Zürich

Wir müssen mehr zeigen, was wir können und was wir bringen

Welche neuen Erkenntnisse des letzten Jahres in Ihrem Fachgebiet fanden Sie besonders spannend?

Es gibt nun zum ersten Mal Multimorbiditätsguidelines von NICE, dem britischen National Institute for Health Care Excellence, und auch jene von EACS, der European AIDS Clinical Society, in der Version 8.2 vom Januar 2017, sind nicht nur bei HIV-Patienten anwendbar, sondern letztlich bei allen Multimorbiden, beispielsweise zum Screening einer Depression. Letztere wird ja oft von Patienten und Ärzten verkannt.

Welche Erkenntnisse können die Diagnose und Therapie in der Hausarztpraxis künftig verändern?

Wie gesagt, wir sind besonders schlecht im strukturierten Erkennen der Depression. Diese geht bekanntermassen einher

mit Noncompliance von Medikationen bei HIV, Transplantationen und sonstigen schweren Erkrankungen, aber auch bei Hypertonie, Dyslipdämie und so weiter ... Das Problem ist in der Versorgung von leichteren und schwereren Erkrankungen noch nicht angekommen. Beispielsweise kann aufgrund von funktionellen Einschränkungen bei einer schweren COPD eine Depression in den Vordergrund rücken, was sich krankheitserschwerend auswirkt. Ein Angehen der Depression kann für die Lebensqualität entscheidendere Verbesserungen bringen, als dies mithin durch eine COPD-Therapie überhaupt möglich ist. Ich finde das auch bei eigenen Untersuchungen der letzten Jahre sehr eindrücklich. Mit einem flächendeckenden einfachen Screening auch ohne Verdacht mit den zwei PHQ-2-Fragen («Wie oft haben Sie sich in den letzten 2 Wochen niedergeschlagen, schwermütig oder hoffnungslos gefühlt?» und «Wie oft fühlten Sie sich in den letzten 2 Wochen lustlos, interesselos oder freudlos?») lassen sich Patienten mit Depression auch in der Haus- oder Spezialarztpraxis öfter entdecken und deren Situation möglicherweise verbessern. Diese zwei Fragen haben eine sehr gute Sensitivität und eine akzeptable Spezifität. Bei positiver Beantwortung einer oder beider Fragen ist eine vertieftere Exploration sinnvoll. Denn wer eine schwere Krankheit oder eine spezielle Situation wie zum Beispiel HIV-Positivität hat, hat auch häufiger eine Depression. Wie genau gescreent wird, ist egal, finde ich. Die Bewältigung einer Krankheits- oder Lebenssituation anzusprechen, halte ich für enorm wichtig. Das heisst: «Care» wird neben oder anstatt «Cure» sehr wichtig. In den USA versuchte man beispielsweise mit «bundle payment», wo ein bestimmter Geldbetrag zur vorgegebenen Behandlung eines Problems gesprochen wird, diesem Problem beizukommen. Mit Outcome-Messungen hat man verfolgt, mit welchen Behandlungen bei definierten Problemstellungen es den Patienten nach einem bestimmten Zeitraum besser geht. Dabei kam beispielsweise bei der Problemstellung Rückenbeschwerden heraus, dass eine psychiatrische Abdeckung viel bringen kann. Dieses Vorgehen hat auch dazu geführt, dass weniger operiert wurde.



Multimorbiditätsguidelines von NICE
www.rosenfluh.ch/qr/nice



European AIDS Clinical Society Guidelines
www.rosenfluh.ch/qr/eacs-guidelines

Wurden in Ihrem Fachbereich Medikamente zugelassen, welche die Therapie erheblich verbessern?

Aus der kardiovaskulären Sicht sind für mich die PCSK9-Inhibitoren ein grosser Fortschritt. Allerdings wird diese Therapie einem sehr selektionierten Patientengut vorbehalten bleiben müssen, weil sie sehr teuer ist. Ein weiterer grosser Fortschritt ist bei der Hepatitis-C-Therapie gelungen. Diese führt bei den meisten Patienten zur Heilung und ist so nebenwirkungsarm geworden, dass man sich überlegen könnte, ob sie nicht von Hausärzten durchgeführt werden könnte. Des Weiteren gibt es auch immer mehr Apps, die zur Beobachtung von sich selbst oder von Patienten eingesetzt werden können.

Auf welche Studienresultate sind Sie für 2018 besonders gespannt?

Ich interessiere mich eher für Grosstrends in der Medizin. Die einzelnen Studien beleuchten naturgemäss immer eine sehr enge Fragestellung. Ich verfolge die Entwicklung der gezielten Antikörpertherapie, mit der bis anhin unheilbare Krankheiten beispielsweise in der Onkologie plötzlich behandelbar werden, mit grosser Freude, aber auch mit grosser Sorge, weil sie extrem teuer ist. Man wird mit der Industrie einen Konsens darüber finden müssen, welche Kosten für eine Gesellschaft überhaupt tragbar sind.

Einen weiteren Trend beobachte ich in den zunehmenden Möglichkeiten der Automatisierung. Gerade in einem so personalintensiven und wenig automatisierten Bereich wie der Medizin könnten in Zukunft gewisse Arbeiten digital automatisiert, das Personal entlastet und für anderes eingesetzt werden. Vorstellbar sind vordefinierte Entscheidungswege aufgrund von Labordaten analog der Insulinpumpe, die aufgrund eines kontinuierlich gemessenen Wertes automatisch Insulin zuschiesst oder nicht. Solche Abläufe liessen sich noch in sehr viel mehr Bereichen an Automaten oder Nichtmediziner delegieren. Die so gewonnene Zeit kann dann mehr für die ärztliche Expertise zur Aufklärung und Beratung des Patienten genutzt werden. Wichtig wird hierbei die Diskussion um die künftige Rolle des Arztes und damit die Definition des Wesentlichen in der ärztlichen Tätigkeit.

Was «fürchten» Sie am meisten?

Die momentane Tarifierung hat eine falsche, sehr technikorientierte Richtung. Sie fördert auch das Tun und nicht eine ebenfalls notwendige Balance zur Unterlassung unnötiger Eingriffe oder Massnahmen. Das Wesentliche aber, nämlich die ärztliche Gesprächszeit, die ohnehin immer zu kurz ist, wird nun auch noch abrechnungstechnisch beschnitten. Ich befürchte, dass sprechende und koordinierende Disziplinen wie Internisten, Hausärzte und Psychiater unter die Räder kommen. Aber auch im Spital braucht es bei aller Technik immer Zeit für die Koordination aller Massnahmen, dafür, dass man Komorbiditäten im Auge behält, und für Erklärungen. Auch die Arbeit des Chirurgen besteht aus Patientengesprächen. Diese Zeit wird ungenügend belohnt, tariflich und anerkennungsmässig. Das Tarifierungssystem ist schräg.

Es wird für mich – und das ist vielleicht eine Frage des Alters – auch zunehmend zu einer Sinnfrage. Wie soll man einer jungen Medizinergeneration einen Beruf schmackhaft machen, der mit immer grösserem bürokratischen Aufwand verbunden ist? Diese Teilsinnentleerung unseres Berufs ist für mich persönlich die grösste Gefahr. Ärzte verbringen sehr viel Zeit mit «Regulatory Affairs». Wir haben in der Schweiz, vermutlich mentalitätsbedingt, die Möglichkeiten der Informationstechnologie vor allem zur Kontrolle eingesetzt und nicht zur Produktivitätssteigerung. Damit meine ich zum Beispiel ein automatisches Einlesen von Blutdruckmesswerten vom Messgerät über eine Schnittstelle dorthin, wo man sie brauchen würde. Heute tippt jemand diese Werte ab. Unser Tarifierungssystem hat dazu geführt, dass es zu einer unheimlichen Bürokratisierung unseres Berufs gekommen ist.

Was ist Ihre wichtigste Botschaft für die Kolleginnen und Kollegen in der Hausarztpraxis 2018?

Bei aller Sorge: Es braucht bei uns ein Bewusstsein bei Ärzten insgesamt, bei Internisten, sowohl bei Hausärzten wie auch bei Spitalärzten, dass wir in der Schweiz ein gutes System haben. Wir müssen aber Sorge dazu tragen und genau überlegen, wo es Verbesserungen braucht und erträgt.

Dann müssen wir unsere eigene Spezialität, die Allgemeine Innere Medizin, mehr nach aussen kehren, mehr zeigen, was wir machen und was wir bringen. Nehmen wir einen Hausarzt, der seinem Patienten mit komplexer Erkrankung einen invasiven Eingriff ausredet, weil er keine Verbesserung bringt: Dieser Hausarzt spart der Krankenkasse und dem Steuerzahler viel, verdient aber in dieser Aktivität wenig. Man müsste ein System finden können, das nicht nur ausgeführte Massnahmen bezahlt, sondern auch vermiedene Kosten entlohnt. Das klingt utopisch, doch in diese Richtung müsste es gehen. Ein Psychiater, der am Wochenende beispielsweise erreichbar ist, vermeidet womöglich Hospitalisierungskosten infolge Eskalation einer Situation. Solche kosteneinsparenden Dienstleistungen müssten wahrgenommen und besser entlohnt werden.

Das Gesundheitssystem nur als Kostenfaktor zu betrachten, ohne sich zu fragen, was sinnvoll ist und was nicht, greift zu kurz. Man muss sich auch bewusst sein, dass die Steigerungen der Krankenkassenprämien überproportional zu den Kostensteigerungen im Gesundheitswesen stehen. Das kommt daher, dass der Staat im Gegensatz zu früher weniger mitbezahlt. Wir erleben eine Verschiebung der Kosten hin zu mehr Gebühren. Anstatt dass man die Steuern erhöht, werden Gebühren eingeführt oder erhöht. Wie beim Abfallsack, der Parkkarte et cetera. ▲